ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 21-21 Date de publication : 15 novembre 1995

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

DIRECTIVES POUR LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES DE ROUGEOLE AU CANADA	F-1	189 – 195
ANNONCES	F-5	195 – 196

Pagination officielle : Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

Comité consultatif de l'épidémiologie

DIRECTIVES POUR LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES DE ROUGEOLE AU CANADA (Révision 1995)

Le Comité consultatif de l'épidémiologie (CCE) a publié des Directives canadiennes pour la lutte contre la rougeole en février 1991[1]. Ces directives représentaient une approche concertée de la lutte antirougeoleuse au Canada qui est fondée sur une large couverture vaccinale au niveau communautaire, une surveillance nationale à l'aide de définitions de cas normalisées et des interventions ciblées lors d'épidémies de rougeole. Des mesures de lutte contre les épidémies ont été prises après l'apparition d'un seul cas de rougeole. Ces mesures englobent la confirmation en laboratoire du diagnostic, l'intensifi- cation de la surveillance et une recherche de tous les contacts réceptifs. Les personnes réceptives ont été définies comme celles qui n'avaient pas de preuves écrites attestant qu'elles avaient été vaccinées depuis 1980, d'attestation médicale d'une rougeole antérieure ou de signes biologiques d'immunité. Les directives exigeaient que l'on offre le vaccin antirougeoleux à tous les contacts réceptifs et que ceux qui refusaient la vaccination soient exclus de l'école, de la garderie ou du collège jusqu'à 2 semaines après l'apparition du dernier cas.

Cette approche très résolue de la lutte contre les épidémies de rougeole nécessitait des ressources importantes. Des épidémies de rougeole ont continué de se produire en dépit de ces initiatives, et l'utilité de cette approche coûteuse a été remise en question. Étant donné qu'un grand nombre de questions entourant la lutte antirougeoleuse étaient toujours sans réponse, le CCE a recommandé la tenue d'une réunion de concertation afin de définir des objectifs nationaux et de tenter de répondre à un grand nombre de ces questions.

La Conférence de concertation sur la rougeole, qui réunissait des participants de toutes les provinces et des territoires, du gouvernement fédéral, des organisations et organismes consultatifs nationaux et des experts étrangers dans le domaine, a eu lieu à la fin de 1992 et les actes ont été publiés en mai 1993[2]. Nous présentons donc ici les lignes directrices révisées pour la lutte contre les épidémies de rougeole au Canada qui ont été élaborées à partir des recommandations faites lors de la conférence de concertation.

Immunisation

La prévention primaire représente le moyen le plus efficace de prévenir les épidémies de rougeole et de lutter contre celles-ci, le cas échéant. La lutte contre les épidémies ne sera efficace que dans la mesure où toutes les personnes réceptives seront vaccinées. Les dossiers de vaccination devraient être accessibles et permettre l'identification et le suivi en temps opportun de tous les enfants non immuns. Tous les enfants qui fréquentent les garderies, les pré-maternelles et les écoles devraient avoir une preuve de vaccination adaptée à leur âge et contrôlée annuellement. Les services de santé publique devraient accorder une importance prioritaire à la création de fichiers électroniques qui faciliteraient l'atteinte de cet objectif. Les provinces et les territoires devraient essayer de mettre en place un système de dossiers d'immunisation individuels dans lesquels figureraient la date de naissance et l'âge du vacciné, le numéro de lot et la date d'administration de tous les vaccins, et toutes les combinaisons d'antigènes administrées. Ils devraient en outre adopter comme objectif à long terme de relier les dossiers d'immunisation à un numéro d'assurance-maladie unique. Une telle initiative permettrait d'élaborer des calendriers et des méthodes normalisés en vue de l'évaluation de la couverture vaccinale en plus de fournir des données nationales comparables.

L'objectif général défini lors de la conférence nationale de concertation était d'éliminer la rougeole indigène au Canada d'ici l'an 2005. Afin d'atteindre cet objectif, le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) recommande l'adoption d'un

programme systématique d'immunisation comportant deux doses de vaccin; une couverture vaccinale supérieure à 95 % avec deux doses de vaccin, une preuve écrite d'immunité, dans le cas des populations à risque, une surveillance intensive et la déclaration immédiate des cas de rougeole, et une intervention rapide en cas d'épidémies afin de prévenir la propagation de la maladie par les cas primaires.

Le document de concertation reconnaît qu'il faut continuer à viser d'abord et avant tout l'administration d'une dose et maintenir cette couverture. Il faudrait maintenir la recommandation actuelle concernant l'âge de la première dose, soit le plus tôt possible après le premier anniversaire. Quand le programme à deux doses sera mis en oeuvre par les provinces, la deuxième dose devrait être administrée avant l'entrée scolaire, au moins 3 mois après la première dose.

Les personnes qui souhaitent prendre connaissance de la déclaration intégrale du CCNI sur le vaccin contre la rougeole sont priées de se reporter au *Guide canadien d'immunisation*, 4e édition, 1993, pp. 119 à 126.

Surveillance

A. Surveillance nationale

La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et dans les territoires du Canada. Par conséquent, la surveillance ne peut avoir lieu que si les professionnels de la santé signalent tous les cas de rougeole aux autorités sanitaires locales. L'importance d'une surveillance s'accroît à mesure que diminue l'incidence de la rougeole. Il est indispensable que tous les cas soient déclarés afin que les autorités sanitaires puissent reconnaître les tendances et les facteurs de risque afin d'orienter la stratégie de lutte. Une surveillance efficace permet de déceler des taux de vaccination insuffisants, de reconnaître les groupes qui devraient faire l'objet d'une attention spéciale et d'évaluer l'efficacité des programmes de lutte contre la rougeole. Toutes les épidémies devraient être signalées au Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) par les autorités provinciales.

La surveillance n'est efficace que dans la mesure où l'on fait enquête sur chaque cas suspect afin de confirmer le diagnostic. Il faudrait demander aux cliniciens de signaler aux médecins hygiénistes tous les cas suspects afin que ceux-ci puissent déterminer s'il y a lieu d'intervenir. Il faudrait également procéder à la recherche de cas et tenter d'identifier les contacts.

B. Définition de cas

Les participants à la conférence de concertation ont recommandé qu'on établisse une définition qui tienne davantage compte des «cas suspects». Les définitions de cas suivantes tiennent compte des recommandations et commentaires faits par suite des délibérations qui ont eu lieu lors de la conférence.

1) *Cas confirmé*
   L'une des définitions suivantes :
   a) une élévation de quatre fois du titre des anticorps sériques entre la phase aiguë et la phase de convalescence ou la présence des IgM spécifiques de la rougeole dans les cas présentant un tableau clinique ou épidémiologique évocateur
   b) un cas de rougeole clinique chez un personne qui est un contact connu d'un cas confirmé en laboratoire
   c) la détection du virus de la rougeole dans des spécimens appropriés
2) *Cas clinique*
   Tous les symptômes suivants :
   a) fièvre ≥ 38,3 °C
   b) toux, coryza ou conjonctivite suivi de
   c) éruption maculo-papuleuse généralisée pendant au moins 3 jours
3) *Cas suspect*
   Tous les symptômes suivants :
   a) fièvre ≥ 38,3 °C
   b) toux, coryza ou conjonctivite suivi de
   c) apparition d'une éruption maculo-papuleuse généralisée

C. Confirmation en laboratoire

La confirmation est requise pour

1) tous les cas sporadiques
2) le cas primaire et un nombre suffisant de cas pour établir qu'il y a une épidémie

Les anticorps IgM spécifiques de la rougeole sont présents dans environ 80 % des cas au moment de l'apparition de l'éruption et peuvent toujours être détectés jusqu'à 60 jours plus tard. Bien que la présence de ces anticorps confirme la rougeole, **un résultat négatif ne permet pas d'écarter ce diagnostic.** Si l'on soupçonne toujours qu'il s'agit de la rougeole, il faudra procéder à un autre test de détection des IgM.

Idéalement, il faudrait prélever des échantillons de sang en vue de procéder à la sérologie entre 3 et 5 jours après l'apparition des premiers signes cliniques. Si la recherche des IgM caractéristiques de la rougeole (et de la rubéole) est négative dans un échantillon de sang prélevé dans les 3 jours suivant l'apparition des signes cliniques, il faudrait obtenir un autre échantillon et répéter l'épreuve. Parfois, les résultats peuvent être faussement positifs et, comme avec toute épreuve de laboratoire, il faut tenir compte des données épidémiologiques et cliniques en plus des résultats de laboratoire.

Il est également possible de confirmer une infection rougeoleuse en mettant en évidence une élévation importante du titre des anticorps; le premier échantillon de sérum (phase aiguë) est alors prélevé dans les 7 jours qui suivent l'apparition de l'éruption et le second (phase de convalescence), 10 jours après le premier.

Pour ce qui est de la surveillance continue en laboratoire des cas sporadiques, il y a lieu de songer à inclure un «dépistage des maladies éruptives» (sérologie IgM pour le rougeole, la rubéole et les infections à parvovirus) lorsque les antécédents cliniques évoquent une maladie ressemblant à la rougeole survenue en dehors d'une période d'épidémie.

D. Investigation des cas

Il est essentiel de procéder à l'investigation de chaque cas. Il y aurait lieu de recueillir des informations cliniques, les résultats de laboratoire, les antécédents de vaccination et les données épidémiologiques indiqués ci-dessous :

1) *Données cliniques et résultats d'épreuves de laboratoire* :
   Il faut recueillir suffisamment d'information pour s'assurer que le cas correspond à la définition de cas présentée ci-dessus.

2) *Antécédents de vaccination* :
   a) date de naissance
   b) date de la vaccination (au moins le mois et l'année)
   c) la province ou le territoire, l'État ou le pays où le vaccin a été administré
   d) le nom du fabricant et le numéro de lot du vaccin
   e) le numéro d'ordre de la dose (dans une série) du vaccin
3) *Données épidémiologiques* :
   a) date d'apparition et durée de l'éruption
   b) source possible (notamment les antécédents de voyage dans les 8 à 17 jours précédant l'apparition de l'éruption afin de déterminer s'il s'agit d'un cas importé)
   c) résultats de laboratoire
   d) maladie sous-jacente
   e) complications
   f) issue
   g) raison pour laquelle la personne n'est pas vaccinée, le cas échéant

Il faudrait également établir la liste des contacts.

Éclosions

Les participants à la conférence de concertation ont noté que les directives de 1991 sur la lutte antirougeoleuse élaborées par le CCE exigeaient des programmes de revaccination sélective dans le cadre de la lutte contre les épidémies. Ces programmes n'ont pas été mis en oeuvre dans la plupart des provinces et territoires et, en outre, la revaccination sélective des groupes vaccinés avant 1980 ne contribuerait peut-être pas pour beaucoup à endiguer les épidémies. Il s'agit d'une mesure radicale de lutte contre les épidémies, et l'expérience a démontré qu'elle n'est peut-être pas très efficace. S'il est vrai que certaines mesures ont contribué à réduire l'ampleur et la durée des épidémies, elles demeurent coûteuses et difficiles à mettre en place. Les directives pour la lutte contre les épidémies ont donc été modifiées et rendent compte des recommandations faites lors de la conférence de concertation.

Les mesures de lutte contre les épidémies devraient être mises en oeuvre dès qu'on trouve un seul cas qui présente les signes cliniques de la rougeole. Dans des populations fermées, comme dans les écoles, l'enquête épidémiologique et la prise en charge des cas et des contacts devraient être terminées dans les 10 jours suivant l'apparition de l'éruption chez le cas primaire dans au moins 80 % des cas.

A. Confirmation du diagnostic

Dès qu'on soupçonne un cas de rougeole, il faudrait prendre les mesures nécessaires pour s'assurer que le cas satisfait aux critères cliniques de la rougeole énumérés ci-dessus. Il y a lieu de demander des épreuves de laboratoire si cela n'a pas déjà été fait. On ne peut pas attendre la confirmation en laboratoire de la rougeole chez le cas primaire suspect avant d'intervenir. Le cas doit toutefois au moins correspondre à la définition de cas suspect de rougeole. L'enquête sur la source de l'infection chez les cas suspects et les mesures de lutte contre les épidémies doivent être entreprises dans la journée qui suit la déclaration.

B. Intensification de la surveillance

Il faudrait faire un effort pour identifier chaque cas de rougeole dans l'épidémie en mettant en oeuvre des mesures de surveillance active. Il y aurait lieu de contacter les médecins et les hôpitaux et de leur demander de signaler tout cas suspect le plus rapidement possible. On devrait procéder à un suivi actif auprès de tous les enfants qui se sont absentés de l'école dans les 2 semaines qui ont précédé l'apparition de l'éruption chez le cas primaire. (Il est possible que seul les cas de la deuxième génération aient été signalés). Il faudrait demander aux contacts (ou à leurs parents, leurs enseignants ou les personnes qui ont la charge) de signaler immédiatement aux autorités sanitaires locales toute maladie fébrile survenant dans les 14 jours qui suivent la dernière exposition et de demander un diagnostic médical. Ces mesures de surveillance active doivent se poursuivre jusqu'à 4 semaines après l'apparition du dernier cas.

C. Recherche des contacts réceptifs

La rougeole est une maladie extrêmement contagieuse à partir du moment d'apparition de la phase prodromique de l'infection (habituelle- ment entre 3 et 5 jours avant l'apparition de l'éruption). L'infectivité diminue graduellement après l'apparition de l'éruption et est considérée comme négligeable 4 jours après le début de l'éruption. Dans les 24 heures qui suivent le signalement d'un cas suspect de rougeole, tous les contacts qui se sont trouvés dans le même environnement (p. ex., maison, école, garderie, autobus d'écoliers, cabinet du médecin, salle d'urgence, etc.) pendant la période infectieuse doivent être retracés, et leur dossier de vaccination doit être vérifié. Idéalement, les écoles et les garderies auront examiné les dossiers d'immunisation lors de l'admission des enfants afin d'identifier les sujets réceptifs. Étant donné que la rougeole se répand rapidement, en particulier dans les écoles, tous les élèves qui fréquentent la même école ou le même établissement devraient être considérés comme des contacts, et il y aurait peut-être lieu d'inclure ceux qui fréquentent des écoles du voisinage s'il y a eu risque d'exposition. Les frères et soeurs des contacts doivent être inclus parmi les contacts à des fins d'immunisation mais non pour l'exclusion.

Lorsque survient une épidémie, il faut considérer comme réceptives toutes les personnes âgées de plus de 6 mois nées après 1956 qui :

a) n'ont pas une preuve écrite de vaccination avec le vaccin anti-rougeoleux vivant lors de leur premier anniversaire ou par la suite; ou
b) n'ont pas eu la maladie clinique confirmée correspondant à la définition de cas ou une confirmation sérologique de l'immunité; et
c) dans les provinces et les territoires où il existe une politique de vaccination systématique avec deux doses de vaccin, n'ont reçu qu'une seule dose de vaccin antirougeoleux au moins 3 mois plus tôt.

D. Vaccination ou exclusion des personnes réceptives

Il faudrait offrir un vaccin contenant la composante antirougeoleuse à tous les contacts réceptifs énumérés ci-dessus qui ne présentent pas de contre-indications médicales à la vaccination contre la rougeole. Les personnes qui présentent des contre-indications devraient se voir offrir des immunoglobulines (IG) aux doses recommandées.

Les bébés âgés de 6 à 11 mois qui ont été en contact avec un cas ou qui risquent d'être exposés à la rougeole devraient recevoir le vaccin contre la rougeole ou des IG. Ces enfants devraient être vaccinés de nouveau avec le ROR à l'âge de 12 à 15 mois. Les nourrissons âgés de moins de 6 mois bénéficient vraisemblablement des anticorps maternels acquis passivement. Si l'on a lieu de croire que tel n'est pas le cas, on peut leur administrer des doses appropriées d'IG. Toute personne qui reçoit des IG doit attendre au moins 5 mois avant de recevoir le vaccin vivant contre la rougeole ou le ROR.

Tout contact réceptif d'un cas de rougeole qui refuse de se faire vacciner ou de recevoir des IG devrait être exclu de l'école, de la garderie ou du collège jusqu'à ce qu'il soit protégé ou que 2 semaines se soient écoulées depuis l'apparition du dernier cas. Cette mesure devrait être appliquée uniformément et devrait être mise en oeuvre le plus tôt possible après la survenue de cas de rougeole à l'école ou à la garderie.

E. Mesures additionnelles

Dans certaines épidémies, par exemple, lorsqu'une forte proportion des cas surviennent dans une population spécifique, comme chez des adultes, il peut être nécessaires de mettre en oeuvre d'autres stratégies. Les stratégies de lutte contre les épidémies devraient prendre en considération certains facteurs, comme le choix du moment pour tenir les séances de vaccination, et l'ordre de priorité devrait être déterminé en fonction des circonstances particulières.

F. Analyse de l'épidemie

Il faudrait procéder à une analyse continue de l'évolution de l'épidémie (temps, lieu, personne et état vaccinal). Par la suite, on pourra analyser à fond la nature de l'épidémie et en rendre compte. Dans le cadre de l'analyse, il faudrait évaluer l'efficacité de vaccin en comparant les taux d'attaque chez les personnes vaccinées et non vaccinées. Il faudrait classer les cas selon qu'on peut ou non les prévenir.

Un cas survenant chez un résident canadien qui satisfait à tous les critères suivants est considéré comme un cas qu'il est possible de prévenir :

1) est âgé d'au moins 13 mois
2) est né après 1956
3) n'a aucune attestation de vaccination lors du premier anniversaire ou après
4) il n'y a aucune contre-indication médicale à la vaccination
5) n'a aucun résultat de sérologie montrant une immunité à la rougeole ou preuve de rougeole confirmée correspondant à la définition de cas
6) n'a aucune exemption valable de la vaccination pour des raisons d'ordre médical ou philosophique (applicable uniquement dans les provinces ayant des lois rendant la vaccination obligatoire)
7) n'a pas reçu une seconde dose de vaccin antirougeoleux au moins 3 mois ou plus après la première dans une province ou un territoire ayant adopté une politique de vaccination prévoyant deux doses de vaccin antirougeoleux.

Les facteurs de risque qui pourraient expliquer les échecs vaccinaux peuvent être définis par une analyse cas-témoins. Si l'on prend une collectivité où la couverture vaccinale atteint 95 % et si l'on suppose une efficacité de 90 % du vaccin, il y aura plus de sujets réceptifs parmi les personnes vaccinées que parmi celles qui ne le sont pas.

Si possible, il faut identifier la source de tous les cas, et particulière- ment le cas primaire, et les expositions communes doivent être documen- tées. Il importe de déterminer si la maladie a été importée chez le cas primaire. Il faudrait également déterminer l'efficacité des mesures de lutte contre les épidémies.

G. Changements recommandés aux stratégies de lutte contre les épidemies

Selon l'analyse précédente, toute lacune dans la stratégie de lutte contre les épidémies doit être corrigée.

H. Déclaration des cas

Les cas de rougeole de même que toute épidémie confirmée doivent être déclarés le plus rapidement possible aux autorités sanitaires provinciales et territoriales. Les épidémies doivent être signalées par les autorités provinciales ou territoriales au Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles du LLCM et aux autres provinces et territoires dans les plus brefs délais au moyen du babillard électronique du LLCM.

Une fois l'analyse de l'épidémie terminée, elle devrait être transmise aux autres provinces et territoires et publiée dans un document approprié comme le *Relevé des maladies transmissibles au Canada* et *La rougeole : mise à jour*.

Éducation continue

L'importance de la diffusion continue des données de surveillance aux personnes travaillant sur le terrain augmentera à mesure que les objectifs de lutte contre la rougeole seront atteints. Les participants à la conférence de concertation ont recommandé qu'on adopte les approches suivantes de l'éducation continue :

- à mesure que diminue le nombre de cas de rougeole, l'importance de la vaccination et la responsabilité des parents en ce qui concerne la vaccination de leurs enfants et la tenue de dossiers de vaccination exacts doivent être renforcées;
- il faudrait trouver des moyens d'échanger de l'information sur les moyens de réduire l'incidence de la rougeole dans les populations difficiles à atteindre ou réfractaires à la vaccination, ce qui permettra d'améliorer les programmes qui s'adressent à ces groupes;
- étant donné le nombre de plus en plus restreint de cas, les médecins ont moins d'occasions d'apprendre à reconnaître les cas de rougeole, c'est pourquoi on devrait mettre à leur disposition des documents visuels afin de les aider à reconnaître les signes de la maladie; et
- les médecins tireraient profit d'informations sur les épreuves de détection de la rougeole, de même que sur le moment de faire subir ces tests et l'interprétation des dosages d'IgM et des résultats.

Références

1. Comité consultatif de l'épidémiologie. *Directives canadiennes pour la lutte contre la rougeole*. RHMC 1991;17:35-40.
2. LLCM. *Conférence de concertation sur la rougeole*. RMTC 1993;19: 72-9.

CONFÉRENCE NATIONALE D'ÉDUCATION
Association pour la prévention des infections à l'hôpital et dans la communauté — Canada (APIHC-Canada)

PACIFIC TRANSFORMATION : IDEAS INTO ACTION

Vancouver (Colombie-Britannique), Canada — du 16 au 18 avril 1996

La conférence ***Ideas into Action*** portera sur les stratégies actuelles d'information et de motivation dans le contexte des soins hospitaliers, communautaires et prolongés au Canada; sur les problèmes liés aux infections émergentes et à celles qui refont surface ainsi que sur la lutte anti-infectieuse. Nous vous demandons de nous faire parvenir les résumés de vos exposés et vos affiches **d'ici le 15 janvier 1996**.

Pour vous inscrire ou demander de l'information, veuillez communiquer avec : **M^me^ Gerry Hansen, Organisatrice de la conférence, B.P. 46125 RPO Westdale, Winnipeg (Manitoba), Canada, R3R 3S3, téléphone : (204) 897-5990, télécopieur : (204) 895-9595.**

Atelier sur les
MÉTHODES BIOTECHNOLOGIQUES RAPIDES DE DÉTECTION DES BACTÉRIES DANS LES ALIMENTS

du 11 au 15 mars 1996 — Ottawa (Ontario)

Cet atelier d'une durée de cinq jours, financé conjointement par la Direction des aliments de la Direction générale de la protection de la santé et par l'industrie, a pour objet de transmettre des connaissances aux représentants de l'industrie concernant aussi bien le fondement théorique que l'application pratique de certaines méthodes biotechnologiques particulières. Parmi ces techniques, citons l'utilisation d'anticorps, les sondes d'ADN et l'amplification par la polymérase (PCR). On donnera préséance aux séances de formation pratique portant sur les méthodes particulières de détection des pathogènes qui mettent le plus en danger l'innocuité de l'approvisionnement alimentaire canadien, comme les sérotypes de *Salmonella*, *Listeria monocytogenes* et *Escherichia coli* producteur de vérotoxines. Les méthodes offertes sur le marché seront évaluées par les participants. On invitera les fabricants de ces méthodes à fournir leurs produits, à en faire la démonstration ou à les exposer. En

Formulaire d'inscription

MÉTHODES BIOTECHNOLOGIQUES RAPIDES

Nom de famille
Prénom
Nom de l'entreprise
Rue
Ville
Province
Code postal
N^o^ de téléphone
Télécopieur

raison de son caractère technique, cet atelier se tiendra en **anglais seulement**.

Cet atelier aura lieu au département de microbiologie et d'immunologie de l'Université d'Ottawa, 451 chemin Smyth, Ottawa (Ontario). Nous accueillerons un maximum de **48** participants, mais la priorité sera accordée aux représentants de l'industrie canadienne, qui seront informés de cet événement par les associations de l'industrie, et aux laboratoires privés. Nous limiterons les inscriptions à **2** personnes par entreprise.

La date limite d'inscription est le **15 décembre 1995**. Les droits d'inscription sont de 700 $. Le logement et les repas seront la responsabilité des participants. Les personnes désireuses d'obtenir de plus amples renseignements concernant cet atelier sont priées de communiquer avec **Don Warburton, téléphone : (613) 957-1746, télécopieur : (613) 952-6400, Internet : dwarburt@hpb.hwc.ca.** Pour vous inscrire, veuillez remplir le formulaire ci-joint et le faire parvenir à **Diane Bergeron, Division de l'évaluation, Bureau des dangers microbiens, 4e étage, Centre de recherche Sir Frederick Banting (2204A1), Ottawa (Ontario) K1A 0L2**. Les demandes d'inscription doivent être accompagnées d'un chèque à l'ordre du **Receveur général du Canada**.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Groupe Communication Canada - Edition
Ottawa (Canada) K1A 0S9
N° de téléphone : (819) 956-4802
Télécopieur : (819) 994-1498

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada, 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1995

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.

Conseillers scientifique : Dr John Spika (613) 957-4243
Dr Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier